ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

SARCOCÈLE TUBERCULEUX

PARIS. — IMP. VICTOR GOUPY, 5, RUE GARANCIÈRE.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

SARCOCÈLE TUBERCULEUX

PAR

Édouard-Henri CASTIER.

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

ANCIEN ÉLÈVE DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS,

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (1865).

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF ENGLAND

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1866

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22345449

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

SARCOCÈLE TUBERCULEUX

INTRODUCTION.

En choisissant, pour sujet de notre thèse inaugurale, une maladie étudiée depuis longtemps par les maîtres les plus illustres, nous n'avons nullement l'intention d'envisager cette vaste question dans son ensemble, l'entreprise serait d'ailleurs en dehors des limites de nos forces et du temps que nous pourrions y consacrer.

Dans ce travail nous avons pour but : 1° de nous instruire sur une question pratique assez commune et remplie de difficultés ; 2° de présenter quelques considérations sur une forme non décrite de cette affection. Cette dernière partie de notre tâche ne saurait être complète, elle n'est que le résultat des lectures et des observations que nous avons faites pendant le cours de nos études.

Notre thèse comprend trois parties principales : dans une première partie, précédée de quelques considérations générales, nous traiterons surtout des symptômes d'une forme de sarcocèle tuberculeux assez commune à partir de l'âge mûr, c'est-à-dire de trente-cinq à quarante ans et plus. C'est dans ce chapitre que nous consignerons la plus grande partie des notions que nous avons puisées dans les savantes leçons de notre bon maître, M. le professeur Gosselin, auquel nous sommes heureux de pouvoir rendre ici un témoignage public de notre profonde reconnaissance.

Dans les deux autres parties nous insisterons sur quelques difficultés de diagnostic et sur le traitement qui nous paraît le mieux approprié à cette maladie.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier sincèrement notre premier maître dans les hôpitaux, M. Vulpian, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

DÉFINITION. — HISTORIQUE. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — FORMES.

Cette affection consiste dans la formation de matière tuberculeuse dans l'épaisseur du testicule et surtout de l'épididyme, et dans les manifestations morbides qui se rattachent à l'évolution et à la destruction de ce produit pathologique.

Cette définition, empruntée à M. le professeur Bouisson, de Montpellier (*Tribut à la chirurg.*, t. II, Paris, 1861), distingue parfaitement le tubercule du testicule de toutes les autres maladies de cet organe, particulièrement de l'orchite chronique avec laquelle on le confond si souvent, surtout en Angleterre. Nous reviendrons sur ce point à propos du diagnostic. L'affection dont nous avons à nous occuper est à la fois plus grave et plus caractéristique. Elle emprunte sa spécificité à la présence de la matière tuberculeuse dans les éléments propres du testicule et donne lieu à la série des phénomènes morbides qui appartiennent au mode d'existence de ce produit anormal.

Avant d'aborder notre sujet, nous donnerons un court aperçu de l'historique de cette vaste question. Nous citerons seulement les principaux auteurs qui ont traité du sarcocèle tuberculeux, laissant de côté tout ce qui est relatif à la tuberculisation des autres portions des organes génito-urinaires. Pour cette partie de l'historique on trouvera les renseignements les plus utiles dans l'excellente thèse de M. Ch. Dufour (*de la Tuberculisation des organes génito-urinaires*, — thèse de doctorat, Paris, 1854).

En 1803, Bayle publia dans le journal de Corvisart un mémoire important sur le sarcocèle tuberculeux.

En 1823, M. Velpeau traita ce sujet dans sa thèse d'agrégation. Il compléta les idées qu'il avait émises dans ce travail dans l'article *Testicule tuberculeux* du *Répertoire des sciences médicales* (*Dict.* en 30 vol., 1844).

Vers 1830, sir Astley Cooper publie son *Mémoire sur les maladies du Testicule*, et consacre deux chapitres à l'affection tuberculeuse.

En 1834, Bérard, dans sa thèse de concours sur le *Diagnostic des tumeurs du Testicule*, rapporte quelques faits très-intéressants que nous n'analyserons pas, parce qu'ils s'éloignent du cadre de notre sujet.

En 1850, M. Civiale, dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, ne donne que des détails assez vagues sur la question qui nous occupe.

En 1851, Malgaigne présenta à l'Académie de médecine un mémoire sur les ulcères tuberculeux et sur un procédé nouveau applicable à ces ulcères, la méthode

de l'excision partielle, sur laquelle nous reviendrons à propos du traitement. A l'occasion de ce mémoire, il s'éleva un débat, auquel prirent part Roux, Vidal, Robert, MM. Velpeau et Ricord. Nous trouverons dans cette savante discussion, consignée dans les *Bulletins de l'Académie* (1850-51, 1851-52), des données importantes, surtout pour le traitement.

En 1851, M. Lecomte publia, dans sa thèse inaugurale, un travail intitulé : *des Ectopies congéniales des testicules et des maladies de ces organes engagés dans l'aine.* Nous espérions y trouver des remarques importantes sur le sarcocèle tuberculeux. Le seul cas qui y soit cité est emprunté à M. Larrey, qui, sur une présomption de tubercules, avait opéré la castration. Mais, à l'examen microscopique, on trouva tous les éléments du cancer.

En 1854, M. Ch. Dufour traita, dans sa thèse inaugurale, *de la Tuberculisation des organes génito-urinaires.* C'est à cet important travail que nous avons emprunté une grande partie des notions historiques sur le sarcocèle tuberculeux. L'auteur traite surtout, outre l'historique, deux questions *in extenso* : la nature de la tuberculisation des organes génito-urinaires et l'anatomie pathologique de cette affection.

Les *Bulletins de la Société anatomique* contiennent une foule de faits des plus intéressants, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique. — On y trouve des présentations faites par MM. Broca, Verneuil, Follin, etc., etc.

L'année 1857 fut féconde en productions sur le sujet que nous traitons. Ainsi :

1° La traduction de l'ouvrage de Curling, par M. Gosselin, avec notes du traducteur. Les additions faites par notre maître, tant sur l'anatomie que sur la pathologie du testicule, sont le résultat de ses longues recherches ; il se proposait de les réunir en une monographie au moment où parut la deuxième édition de l'ouvrage de Curling (janvier 1856).

2° La thèse d'agrégation du regrettable Bauchet, intitulée : *du Tubercule, au point de vue chirurgical.* Un chapitre spécial est consacré aux tubercules du testicule.

3° La thèse d'agrégation de Béraud *sur les Tubercules de la prostate.* L'auteur décrit avec soin les tubercules de la prostate dans leurs rapports avec le sarcocèle tuberculeux.

En 1860, M. S. Duplay publia, dans l'*Union médicale*, un *Mémoire sur la forme galopante du Testicule tuberculeux.* — Cette forme paraît s'observer surtout chez les jeunes sujets. Les deux observations relatées dans ce travail appartiennent à des individus de vingt à vingt-cinq ans.

En 1861, M. A. Desprès, dans sa thèse inaugurale, insista surtout sur le diagnostic différentiel des tumeurs du testicule.

M. Bouisson publia la même année un ouvrage très-important intitulé : *Tribut à la Chirurgie.* Parmi les nombreux mémoires dont se compose le deuxième

volume, celui sur le *Sarcocèle tuberculeux* est un des plus intéressants. On y trouve un grand nombre de faits parfaitement observés. Nous aurons l'occasion d'y faire de nombreux emprunts, surtout pour le traitement.

Outre ces travaux publiés en France, il existe sur ce sujet des articles très-importants dans les publications périodiques faites en Angleterre et en Allemagne.

Qu'on nous permette de placer à côté de ces travaux, dont le mérite est incontestable, le résultat des quelques observations que nous avons faites sur ce sujet dans le service de notre maître, M. Gosselin, dont les savantes leçons cliniques nous ont singulièrement aidé dans nos recherches.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — FORMES.

Les opinions les plus diverses ont été émises sur la nature du sarcocèle tuberculeux. Nous n'avons nullement l'intention de les passer en revue et de les discuter, la tâche serait trop longue et trop difficile; nous indiquerons seulement les formes principales admises par la généralité des auteurs.

PREMIÈRE FORME. — *Tuberculisation testiculaire sous la dépendance de la diathèse tuberculeuse, avec envahisse-*

ment simultané ou consécutif d'autres organes très-importants.

Cette forme nous paraît être la plus fréquente, surtout chez les jeunes sujets. Du reste, elle est admise par tous les chirurgiens. Pour les uns, ce serait la forme la plus commune ; pour d'autres, elle serait assez rare; ceux-ci en effet font du sarcocèle tuberculeux une affection beaucoup plus locale.

DEUXIÈME FORME. — *Tuberculisation pouvant atteindre les diverses parties du système génito-urinaire, c'est-à-dire les reins, la vessie, les testicules, la prostate, les vésicules séminales, le canal déférent.*

Cette forme est aussi irrécusable que la première. Elle est appuyée par un grand nombre de faits bien étudiés et bien observés. Les *Bulletins de la Société anatomique* en contiennent plusieurs. Citons en passant le cas présenté par M. Broca (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1851, p. 375).

« M. Broca montre des tubercules crétacés nombreux développés dans l'épididyme et le canal déférent. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un homme de cinquante-cinq à soixante ans. Les poumons étaient sains et ne renfermaient pas de tubercules. Dans l'épaisseur de l'épididyme existait une petite concrétion dure, faisant saillie sous la séreuse vaginale. Le cordon était moniliforme extérieurement, contenant de petites tumeurs blanchâtres, arrondies, les unes du volume d'une noisette, les autres d'un pois, que je crus d'abord être des

phlébolithes; mais un examen plus attentif peut convaincre que ces masses crétacées sont contenues dans l'épaisseur du cordon qu'elles oblitèrent complétement sans cependant donner lieu à des dilatations kystiques. Ces masses, que je crois être des tubercules crétacés, s'échelonnaient jusqu'à la tête de l'épididyme. La structure du testicule était conservée, on distinguait les tubes spermatiques; mais point les spermatozoaires; il faut ajouter ici que l'examen microscopique a été fait plusieurs jours après la mort. Le prostate ne renferme qu'un seul tubercule crétacé. Les vésicules séminales étaient atrophiées; l'une d'elles contenait une petite masse tuberculeuse crétacée. »

Cette forme de tuberculisation étendue à plusieurs parties de l'appareil génito-urinaire et notamment à la prostate et aux vésicules séminales nous paraît être la plus ordinaire chez les individus arrivés à l'âge mûr. Nous y reviendrons en détail à propos de la symptomatologie. Dans nos observations II et III, la tuberculisation paraît être plus générale qu'elle n'est d'habitude dans la forme qui nous occupe; elles prouvent dailleurs que, même à cet âge, on peut rencontrer la tuberculisation du testicule accompagnée de phthisie pulmonaire.

TROISIÈME FORME. — *Tuberculisation limitée aux testicules.*

Nous n'avons jamais observé de faits de ce genre, nous en avons lu quelques-uns dans des ouvrages bien

accrédités; nous n'oserions pas les nier complétement, nous pensons seulement que l'examen des diverses parties de l'appareil génito-urinaire n'a pas toujours été suffisant.

Il est une variété de tubercule du testicule que M. Gosselin a décrite dans une note particulière de sa traduction de M. Curling (p. 432), et qu'on pourrait appeler *tubercule excentrique.* « Cette variété est « constituée, dit M. Gosselin, par un dépôt de matière « tuberculeuse mélangée en proportions variables de « matière crétacée et calcaire, qui occupe spéciale- « ment le tissu cellulaire extérieur du canal déférent « et à l'épididyme, mais qui se continue avec l'une ou « l'autre de ces parties et en provient certainement. »

Fréquence. — C'est de quinze à trente ans qu'on observe le plus fréquemment le sarcocèle tuberculeux. Comment expliquer ce fait? Nous dirons avec Ast. Cooper qu'il faut attacher une grande importance aux excès vénériens si communs à cet âge. Ces congestions nous paraissent agir ici à la manière de ces bronchites répétées, de l'habitude du chant, d'une atmosphère viciée par les vapeurs irritantes ou des poussières très-fines, toutes circonstances dont l'influence nuisible a été très-bien constatée pour le développement plus ou moins précoce de la phthisie pulmonaire. En outre, l'abus des fonctions génitales chez les adultes appelle vers les testicules une fluxion habituelle, qui favorise d'autant plus la tuberculisation chez les

sujets affectés de la diathèse scrofuleuse que la débilitation, qui succède à cet abus, contribue au développement de la diathèse elle-même. Dans le jeune âge surtout, une phlegmasie intercurrente (blennorrhagie, etc.) vient activer la marche des produits tuberculeux. Elle agit ici à la façon d'une pneumonie intercurrente pour la phthisie.

Chez les jeunes enfants, au contraire, le testicule est très-rarement envahi par les tubercules. Les testicules, en effet, restent ensevelis dans l'inaction la plus complète jusqu'à la puberté. C'est à partir de ce moment que l'on voit s'accroître considérablement la fréquence de la tuberculisation des organes génito-urinaires (1).

Passant d'un extrême à l'autre nous dirons que, de trente-cinq à quarante ans et plus, la tuberculisation testiculaire commence à décroître sensiblement. Si l'on en croyait M. Ch. Dufour (thèse citée), on serait tenté d'admettre la rareté extrême du sarcocèle tuberculeux dans la vieillesse. Ainsi sur cent quatre autopsies faites à Bicêtre pendant huit mois, il dit n'avoir pas rencontré un seul cas de tuberculisation génito-urinaire. Si l'on consulte les auteurs, on trouve bien des exemples de tuberculisation testiculaire même dans un âge avancé. Nous avons fait à cet égard quelques recherches sur le cadavre. Elles sont trop peu nombreu-

(1) M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, en a observé chez des enfants de quelques jours seulement. On en a même trouvé chez des fœtus à terme (Communication orale de M. Giraldès).

ses, il est vrai, mais elles viennent à l'appui des faits constatés antérieurement par MM. Gosselin et Bauchet. Ainsi nous avons examiné à ce point de vue sept cadavres d'individus âgés de quarante-cinq à soixante ans environ. Nous avons trouvé deux fois des tubercules crus dans l'épididyme, nous n'avons pas examiné les autres parties de l'appareil génito-urinaire. Ces exemples pris au hasard viennent confirmer les recherches antérieures. Les bulletins de la Société anatomique contiennent un bon nombre de cas de tuberculisation génito-urinaire chez les vieillards.

En somme, nous pouvons dire pour le sarcocèle tuberculeux, comme pour la phthisie pulmonaire, que, même dans un âge avancé, il est beaucoup plus commun qu'on ne le croit généralement.

Ce n'est pas la seule analogie qui existe entre ces deux manifestations de la diathèse tuberculeuse. Pendant que nous étions attaché comme externe au service de M. Vulpian (Salpêtrière, 1863), nous avons bien souvent constaté sur le poumon une marche de la tuberculisation analogue à celle que nous avons observé plus tard sur le testicule. Ainsi des deux côtés la marche est ordinairement lente, la réaction générale est ordinairement faible, etc. N'insistons pas davantage sur ce point, nous ne pourrions du reste que répéter ici les faits consignés dans l'excellente thèse de notre ami M. Moureton (Paris, 1863, *de la tuberculisation pulmonaire chez les vieillards*). Ce travail est écrit sous l'inspiration de M. Vulpian.

Attachons-nous maintenant à décrire les symptômes et la marche d'une forme non décrite du sarcocèle tuberculeux que l'on rencontre surtout à partir d'un âge moyen de trente-cinq à quarante-cinq ans et plus. Nous avons trouvé dans les auteurs peu de documents sur cette partie de notre thèse. Nous puiserons la plus grande partie des éléments de notre description dans nos observations et dans les savantes leçons cliniques professées, à l'hôpital de la Pitié, par M. Gosselin durant l'année 1865.

I

SYMPTÔMES. — MARCHE.

Presque tous les auteurs rangent les symptômes du sarcocèle en trois périodes :

1° Celle de formation.
2° Celle de suppuration.
3° Celle d'ulcération.

Nous ne trouvons aucun inconvénient à conserver ces divisions faites pour la clarté du sujet. De cette façon, nous ferons aussi mieux ressortir les différences qui, à chaque période, séparent la forme que nous décrivons des formes ordinaires auxquelles s'appliquent les descriptions que l'on rencontre dans les ouvrages. Nous n'avons nullement la prétention de présenter un chapitre entièrement neuf, nous désirons simplement réunir en un seul faisceau les symptômes d'une forme que quelques auteurs ont à peine signalée (1). Il serait trop long de donner ici tous les extraits des ouvrages qui en ont fait mention; d'ailleurs, nous

(1) Les symptômes que nous allons présenter n'appartiennent pas en propre à la forme que nous décrivons. Nous tâcherons simplement de faire ressortir les nuances qu'ils peuvent offrir chez les individus arrivés à l'âge mûr et présentant la forme indolente du sarcocèle tuberculeux.

croyons que cette énumération d'idées plus ou moins semblables ne serait que d'un médiocre intérêt.

PREMIÈRE PÉRIODE (indolente). — *Formation.* — *État latent.* — Les débuts de cette affection sont très-obscurs. Il est impossible de préciser l'époque initiale de la formation des produits morbides. C'est souvent par hasard que les malades s'aperçoivent que le testicule d'un côté est plus gros que celui de l'autre. Si on les interroge sur leurs antécédents, souvent on n'y découvre rien qui puisse mettre sur la voie du diagnostic, à moins qu'ils accusent les signes évidents de la diathèse tuberculeuse. Le plus souvent on trouve des antécédents spécifiques qui font d'abord croire à un sarcocèle syphilitique, comme cela est arrivé à M. Gosselin, pour le malade qui fait l'objet de l'observation II. Ou bien encore ils accusent une ou plusieurs blennorhagies qui feraient pencher vers l'idée d'un orchite chronique. En un mot, les antécédents ne donnent souvent que des renseignements insuffisants.

Une fois l'attention appelée vers le testicule, c'est à l'examen de cet organe qu'il faut attacher une grande importance. La maladie débute ordinairement par l'épididyme et même, pour préciser, le plus souvent par la tête ou globus major de cet organe. Cette indication nous sera utile plus tard, à propos du diagnostic différentiel avec l'orchite chronique, que l'on dit débuter d'ordinaire par la queue de l'épididyme. La tuméfaction de l'organe se produit lentement sans changement de

couleur à la peau, laquelle conserve sa mobilité et sa température ordinaire. Le malade s'en aperçoit à peine, il n'y a guère qu'un peu de gêne apportée par l'augmentation de volume du testicule. Tant que l'affection en reste à ce point, les signes demeurent toujours très-obscurs. Dans ces cas, comme dans tous ceux de tuméfaction du testicule d'origine douteuse, l'examen de la prostate peut fournir de précieux renseignements. Cette exploration n'est peut-être pas assez recommandée dans la plupart des auteurs. Comme Béraud l'a très-bien dit dans sa thèse d'agrégation (Paris, 1857), la tuberculisation des organes génito-urinaires peut débuter par la prostate. Si, dans un cas de ce genre, il existe en même temps une tuméfaction vague du testicule, on conçoit immédiatement l'importance de *l'exploration de la prostate*. On ne saurait trop insister sur ce point. Nous allons donner ici une courte observation, à l'appui de ce que nous avançons : Elle montrera l'utilité de cet examen chaque fois qu'on se trouve en présence d'une tuméfaction vague du testicule.

Observation I. — Louis D***, mécanicien au chemin de fer d'Orléans, a toujours joui d'une santé excellente. — Dans ses antécédents on ne découvre aucun signe de la constitution strumeuse. Jamais de blennorrhagie.

Ce malade fut amené dans le service de M. Gosselin par M. Gallard, médecin en chef de la Compagnie d'Orléans et de l'hôpital de la Pitié. (Juin 1865.)

Il y a quelques mois il tomba à cheval sur une barre de fer ; comme la chute avait été légère, il ne s'en préoccupa guère et

continua ses voyages comme par le passé ; mais bientôt il remarqua que depuis le moment de l'accident le testicule droit restait plus volumineux que celui du côté opposé. Au bout de deux ou trois mois il s'aperçut que la tuméfaction avait un peu augmenté, son attention avait été appelée de ce côté par une douleur, excessivement faible d'ailleurs, qu'il ressentait de temps en temps du côté des bourses. Dès ce moment il se préoccupa beaucoup de son mal. Après avoir consulté plusieurs médecins, il s'adressa a M. Gallard qui l'amena dans le service de M. Gosselin pour lui demander son avis. A l'examen du malade, M. Gosselin constata d'abord une hydrocèle très-faible et une tuméfaction indolente du testicule droit. Après cet examen superficiel, M. Gosselin pencha vers l'idée d'un sarcocèle tuberculeux et le malade entra dans le service (salle Saint-Louis). Après quelques jours de repos, il fut soumis à un examen plus minutieux. — M. Gosselin nous fit remarquer à ce propos que ce développement lent, insidieux, pouvait nous faire soupçonner une orchite chronique. L'épididyme, du côté droit, présentait quelques bosselures mal caractérisées, il est vrai ; mais les antécédents ne plaidaient guère en faveur d'un sarcocèle tuberculeux : Constitution robuste, poumons très-sains. — L'exploration de la prostate vint éclairer le diagnostic. — On y découvrit, en effet, deux ou trois petites indurations se laissant déprimer par le doigt ; l'une d'elles avait déjà subi un commencement de ramollissement. — Les vésicules séminales parurent être intactes. Dès lors le diagnostic fut établi ; la nature tuberculeuse des indurations de l'épididyme devenait de plus en plus évidente. Le malade, ayant séjourné à peu près six semaines dans le service, nous pûmes dans cet intervalle constater les progrès de l'altération testiculaire. Les bosselures signalées au niveau de l'épididyme se dessinaient parfaitement depuis quelques jours mais on n'observa pas ces poussées inflammatoires aiguës si ca-

ractéristiques. A la sortie du malade, plusieurs points paraissaient déjà ramollis.

Nous regrettons de n'avoir pu continuer cette observation, les renseignements nous ont manqué à partir du jour où cet homme a quitté l'hôpital.

Après l'examen de la prostate, nous vient celui des vésicules séminales et du cordon qu'il ne faut jamais négliger. Qui ne connaît l'utilité de l'auscultation et de la percussion de la poitrine dans ces cas ? Quant à l'hydrocèle concomitante, elle reste ordinairement peu considérable. Dans les cas où on est obligé de vider la poche, il ne faut pas s'étonner de la reproduction plus ou moins rapide du liquide, malgré la modification apportée à la séreuse par les injections irritantes. Cependant quelques auteurs ont prétendu que l'injection iodée, en modifiant les parois, pouvait modifier l'état organique du testicule. Ce fait ne nous paraît pas vérifié par l'expérience ; l'injection apporte une modification plus ou moins durable ; mais, tant que le stimulus existe, elle ne saurait être permanente. Ces épanchements dans la tunique vaginale offrent une grande analogie de développement avec ceux qui se font dans la plèvre dans les cas de tubercules pulmonaires.

Cet état de tuméfaction de l'épididyme, à marche lente, peut durer très-longtemps avant que la suppuration se déclare. Le mal peut aussi s'arrêter à cette période, comme dans le fait de M. Broca que nous avons déjà signalé.

DEUXIÈME PÉRIODE (indolente dans la forme en question). — *Ramollissement.* — *Suppuration.* (État douloureux, inflammatoire, franchement aigu.)— C'est ici surtout que notre description va s'éloigner complétement de celle que l'on rencontre dans tous les ouvrages.

Voici ce que nous lisons à ce sujet dans l'ouvrage de Curling : « Au bout de plusieurs mois, d'une année ou « même davantage, pendant lesquels la maladie a fait « peu de progrès et souvent est restée stationnaire, « une des bosselures commence à s'accroître et à proé- « miner davantage, en même temps qu'*elle devient* « *sensible et douloureuse;* la peau qui la recouvre con- « tracte avec elle des adhérences, prend une couleur « livide, s'ulcère et livre enfin passage à une matière « molle et caséeuse mélangée de pus.... »

Ce n'est là qu'un abrégé des descriptions que l'on trouve dans beaucoup d'auteurs. Ainsi ils signalent avec raison une sensibilité très-grande du testicule à cette période, et, ce qui est beaucoup plus caractéristique, *une succession de poussées inflammatoires aiguës* avec réaction générale plus ou moins vive. Ce dernier symptôme est tout à fait caractéristique de la tuberculisation testiculaire.

Dans la forme que nous décrivons l'aspect est bien différent. Dans les cas ordinaires il existe généralement une transition assez brusque entre la première et la deuxième période. Un coup, une chute, une contusion des bourses, etc., sont souvent invoqués comme causes

déterminantes de la suppuration. Ces causes peuvent aussi se rencontrer dans la forme en question; mais elles n'ont modifié en rien la marche indolente de la maladie. Le plus habituellement les périodes se succèdent d'une façon insensible et la marche est uniforme depuis le commencement jusqu'à la fin. Dans la tuberculisation testiculaire des adultes, comme nous l'avons déjà signalé tout à l'heure, on observe presque toujours un symptôme caractéristique qui consiste dans la *succession de poussées inflammatoires aiguës* dont voici les caractères: un petit frisson initial, accompagné d'une augmentation de la chaleur normale, une douleur violente au niveau du point qui est le siége du travail de suppuration, le testicule est douloureux à la pression, il est même quelquefois le siége de pulsations sourdes. Le scrotum présente une tension douloureuse et considérable dans un bon nombre de cas. Dans la forme en question, rien de semblable : on voit s'établir peu à peu quelques adhérences entre la peau du scrotum et les indurations tuberculeuses qu'elle recouvre. A ce niveau il se forme sur les bourses une petite tuméfaction cutanée d'un aspect rougeâtre, la peau s'amincit très-lentement à mesure que la tumeur grossit, elle devient à la fin d'un rouge violacé. En pressant avec le doigt on éprouve d'abord une sensation de mollesse qui devient de plus en plus évidente et bientôt la fluctuation s'observe. Que l'aspect est donc différent! Ici c'est un travail que rien n'annonce, pas le moindre frisson, pas la moindre douleur. La peau du scrotum prend une

teinte rougeâtre en un ou plusieurs points, mais sa augmentation de chaleur, sans la moindre tension de la peau des bourses.

Le scrotum peut présenter sur plusieurs points de sa surface ces tuméfactions correspondant à autant de petits foyers tuberculeux. Ordinairement ces divers points ne sont pas développés au même degré. Ainsi l'un est sur le point de s'ouvrir pour laisser écouler le pus, l'autre est à peine ramolli. Il est difficile d'établir les limites qui séparent l'épididyme du testicule; ces deux parties se trouvent entièrement confondues. Ce travail de ramollissement et de suppuration peut durer très-longtemps. Chose remarquable, le malade n'en éprouve aucune gêne, son testicule reste constamment indolent, même à la pression. Rien ne change dans son état général, jamais le moindre accès fébrile, ses fonctions digestives restent intactes. En somme, il n'y a que l'augmentation de volume du testicule qui préoccupe le malade.

Ce travail de suppuration ne ressemble-t-il pas à une désorganisation moléculaire s'opérant peu à peu sans la moindre secousse plutôt qu'à un travail inflammatoire, comme on l'observe généralement?

(On pourra vérifier cette description sur l'observation II que nous donnons un peu plus loin.)

Si l'on abandonne la maladie à elle-même, on voit s'établir au bout d'un temps ordinairement assez long une petite ouverture au niveau de la tumeur.

TROISIÈME PÉRIODE (indolente comme les précédentes). *Ulcération, fistule.* — L'abcès une fois ouvert, il s'écoule presque constamment une petite quantité d'un liquide blanchâtre renfermant des tubes séminifères. On voit ainsi s'éliminer peu à peu une grande partie de la substance testiculaire. Malgré ce travail d'élimination, l'organe reste constamment indolent. Il est à remarquer que ces fistules persistent dans une opiniâtreté extrême. Dans bien des cas, on voit s'en établir sur divers points du scrotum. Ces fistules peuvent ainsi exister pendant un grand nombre d'années, si l'on n'intervient pas. Après guérison, on constate, à la place, sur la peau du scrotum, un enfoncement. A ce niveau, on sent généralement un petit cordon dur, correspondant au trajet fistuleux. Le testicule est atrophié, il subit la transformation fibreuse. Pour les facultés viriles, il y a ordinairement perte complète. Il y a cependant des cas plus heureux où l'atrophie n'est que partielle, alors la surface des cavernes se rétrécit et les parois opposées contractent des adhérences qui constituent une bonne et solide cicatrisation. Cette terminaison ne s'observe guère que chez les jeunes sujets. Au milieu de ce travail de désorganisation, la constitution générale ne subit ordinairement qu'une faible altération, à moins de quelque complication du côté des poumons ou de la prostate. On observe quelquefois la suppuration de cette dernière glande. Elle peut même être détruite complétement, et, dans ces cas, tantôt le kyste purulent se

vide par le rectum, tantôt par la perinée, d'autres fois il s'évacue lentement par le canal de l'urèthre. On observe alors un signe qui a été mentionné par M. Ricord, la *blennorrhagie tuberculeuse*. Il n'est pas nécessaire que toute la glande soit envahie pour que ce dernier symptôme se manifeste. On le rencontre aussi dans les cas où il n'y a que quelques petits foyers qui s'ouvrent par le canal de l'urèthre, mais alors l'écoulement est passager. Il peut encore survenir dans ces cas un autre phénomène, la *rétention d'urine*, amenée par suite de l'obstacle que crée une petite tumeur tuberculeuse qui proémine dans le canal et en ferme la lumière. Il faut être bien prévenu de ces complications qui empêchent quelquefois le cathétérisme. Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits parfaitement décrits ailleurs. Nous passons sous silence l'histoire du fongus testiculaire qui se produit quelquefois à cette troisième période. Mais il nous semble qu'on a singulièrement exagéré la fréquence de cette lésion en Angleterre. Pour en juger, il suffit de lire sur ce point l'article additionnel de M. Gosselin dans l'ouvrage de Curling (p. 351, *loc. cit.*).

Pour compléter cette description, nous allons donner maintenant en détail deux observations dont la première a été recueillie dans le service de M. Gosselin. Durant tout le temps que ce malade resta soumis à notre observation, nous avons pu suivre parfaitement la marche de la maladie. Il est évident qu'un seul fait est tout à fait insuffisant pour établir la description

d'une maladie; mais il faut tenir compte aussi des idées que nous avons puisées dans la leçon clinique de M. Gosselin qui nous communiqua sur ce sujet les résultats de sa vaste expérience. Bien des cas de ce genre s'étaient présentés à lui tant à l'hôpital que dans sa pratique particulière, de telle sorte que notre description ne se base pas sur un seul fait, mais sur un bon nombre de faits de ce genre dont les détails principaux étaient restés dans la mémoire de notre savant maître.

OBSERVATION II. — *Sarcocèle tuberculeux. — Forme indolente. — Marche lente. — Vbcès tuberculeux développés sans douleur. — Fistules. — Castration.* — Observation recueillie dans le service de M. Gosselin.

Le nommé F*** cordonnier, âgé de cinquante-deux ans, a toujours joui d'une bonne santé.

A l'âge de vingt-six ans il contracta à la verge plusieurs petits chancres qui ne furent pas, paraît-il, accompagnés d'engorgement des ganglions inguinaux. Six semaines après, il fut pris d'un violent mal de gorge, puis apparut sur la face une éruption de boutons que le malade ne peut caractériser. Du reste le malade n'accuse aucune blennorrhagie, aucune orchite.

Les antécédents qu'il nous donne touchant sa famille sont excellents.

Le 9 octobre 1864, le malade, se baissant pour ramasser un objet à terre, ressent tout à coup une douleur assez vive dans le testicule gauche, sans que ce testicule ait porté contre quelque chose dans ce mouvement; peut-être y aurait-il eu froissement par une des cuisses, mais le malade ne s'en est pas rendu compte.

Aussitôt après la douleur, il examina son testicule et le trouva plus gros que l'autre. La douleur cessa bientôt, mais le malade tourmenté du gonflement de son testicule se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié, le 17 octobre 1864.

A son entrée, M. Gosselin examina la tumeur et trouva une hydrocèle vaginale autour d'un testicule probablement syphilitique. Tel fut le diagnostic de M. Gosselin, nous verrons comment il se modifia un peu plus tard.

Après l'évacuation du liquide à l'aide d'une ponction suivie d'injection iodée, on put constater plus aisément les caractères de la tumeur qui ressemblait tellement par la forme et la consistance à un sarcocèle syphilitique que M. Gosselin prescrivit au malade un traitement antisyphilitique (une pilule de proto-iodure et un gramme d'iodure de potassium).

Ce traitement est suivi pendant six semaines. La dose d'iodure de potassium fut même portée jusqu'à 5 grammes par jour.

Au bout de ce temps une diminution notable est survenue dans le volume de la tumeur. Un pansement compressif avec les bandelettes de diachylon est appliqué sur la tumeur. On l'enlève dix jours après et on ne remarque aucun changement de volume. Mais au bout de quinze jours environ la tumeur, *qui ne cesse pas d'être indolente*, augmente de volume, se ramollit à sa partie antéro-supérieure, devient fluctuante en ce point, et la peau du scrotum, rouge, tendue, luisante, mince, se rompt, et il s'écoule par l'orifice une certaine quantité de pus séreux. Les jours suivants l'écoulement du pus se fait d'une manière continue, mais en petite quantité. Chaque matin, M. Gosselin, en pressant la tumeur, fait sortir par l'orifice fistuleux quelques gouttes de pus, puis une matière épaisse, grisâtre, filante, qui n'est autre chose que la substance propre du testicule.

L'état général du malade est resté satisfaisant. Point de douleur spontanée ou à la pression.

Le 7 février, M. Gosselin envoie le malade à Vincennes pour favoriser la cicatrisation, s'il y a lieu.

Le 1er mars, le malade revient dans le service et nous raconte que, pendant son séjour à Vincennes, la suppuration n'a pas cessé et que de temps en temps il sortait un peu de matière épaisse et filante. En outre il se plaint de la persistance de la fistule.

L'examen du testicule gauche nous fait constater qu'il est le siége d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule légèrement aplati transversalement, et la grosse extrémité tournée en bas. La tumeur présente une consistance assez grande dans tous les points, sauf en avant. La surface en est inégale, rugueuse, bosselée, on ne peut isoler l'épididyme du testicule qui semble faire corps avec lui. Pas d'apparence de liquide ; le canal déférent présente son volume normal. A la partie antérieure et supérieure du scrotum nous voyons un petit orifice circulaire laissant à peine passer un stylet de trousse ; il s'en écoule spontanément un liquide grisâtre, mal lié, quelque peu fétide. On n'y rencontre plus de tubes séminifères.

Le testicule droit est sain.

L'examen de la poitrine fait constater, au sommet gauche en arrière, de la respiration rude, de l'expiration prolongée et quelques craquements.

Par le toucher rectal, on sent sur la prostate quelques inégalités dures et un peu d'hypertrophie.

M. Gosselin avait déjà abandonné avant la formation de l'abcès le diagnostic du testicule syphilitique pour celui du testicule tuberculeux. Prévoyant d'une part la durée indéfinie de la suppuration, et d'autre part regardant comme inutile le testicule dont les tubes séminifères avaient été éliminés en grande partie, il propose au malade la castration. Elle est acceptée et pratiquée à l'aide du bistouri (nous passons les détails de l'opération). On

examina à l'œil et au microscope le testicule malade et l'on constata parfaitement la nature tuberculeuse. La plaie fut pansée avec de la charpie imbibée d'alcool camphré : deux jours après l'opération (le 8) apparaît une plaque noirâtre comme eschorrotique au niveau de l'incision. Malgré cela on continue le pansement à l'alcool (deux tiers d'eau, trois tiers d'alcool).

Le 9 et le 10, la plaque devient plus foncée et il se dégage une odeur de gangrène. M. Gosselin enlève deux ou trois fils de suture.

Le lendemain on enlève le reste des fils et on trouve dans la plaie un gros caillot mou noirâtre, il se fait encore un léger suintement de sang.

Des tampons de perchlorure sont placés au fond de la plaie. Les plaques gangréneuses ne s'étendent plus. Bon état général.

Le 12, l'hémorrhagie cesse. Il se détache une eschare à la partie postérieure du scrotum.

Le pansement à l'alcool est remplacé par le coaltar saponiné à cause de la mauvaise odeur.

Le 13 et le 14, la plaie reprend un aspect meilleur, et le malade a retrouvé l'appétit.

Le 15 et le 16, même état.

Jusqu'à la sortie du malade le pansement au coaltar a été continué, et il ne s'est plus manifesté aucun phénomène intéressant à signaler.

En lisant cette observation, on retrouvera la plus grande partie des caractères que nous avons énoncés dans notre description.

Nous avons cherché en vain, dans les nombreux ouvrages qui traitent du sarcocèle tuberculeux, un fait

dans lequel fût signalée la forme que nous avons décrite.

Dans la thèse de doctorat de M. A. Desprès (Paris, 1861), nous trouvons simplement ces lignes : « Nous « avons observé sur onze cas de testicule tubercu- « leux trois exemples de tubercules bénins locaux « suppurant à la manière d'un abcès chronique. »

Ce passage du travail de M. Desprès nous paraît indiquer trois cas de la forme lente de sarcocèle avec abcès indolents.

Le seul fait qui nous a paru se rapprocher un peu de celui que nous avons observé dans le service de M. Gosselin (*Obs. II*), se trouve consigné dans la thèse de doctorat de M. Ch. Dufour (Paris, 1854). Dans cette observation (*Obs. III*), citée à un point de vue différent du nôtre, on n'a pas mis en relief les caractères sur lesquels nous avons insisté dans notre description.

Observation III. — Ledoux, charretier, quarante-cinq ans, entré le 1er décembre 1852, salle 5, n° 1, service de M. Ricord ; mort le 15 janvier 1853.

Son père a succombé à un accident, sa mère à une maladie inconnue. Son frère unique s'enrhume facilement, lui-même a eu plusieurs bronchites et pneumonies ; il tousse depuis longtemps, il ne peut préciser depuis quelle époque ; depuis trois semaines, il a beaucoup maigri ; il continua son travail malgré la faiblesse de ses jambes et les fatigues qu'il éprouvait. Voici ce que l'on constate à son entrée dans le service : teint jaune paille, cachectique : maigreur jusqu'au marasme, voix enrouée (il dit parler ainsi depuis deux ans). Il y a neuf mois, le malade remarqua que

son testicule droit augmentait de volume ; il dit avoir observé une petite tumeur, comme une noisette, vers la région épididymaire, qui alla toujours en augmentant : pas de douleur, pas de gêne pendant la marche, ce qui lui a permis de travailler comme d'habitude ; jamais de douleurs lombaires. Depuis six semaines le corps du testicule augmenta de volume, rapidement et uniformément, dans toute son étendue. Un médecin consulté prescrivit vingt sangsues, cataplasmes, et fit une ponction exploratrice qui fit jaillir un liquide clair ; cette médication fut sans résultat. A l'entrée, aucune douleur lombaire ou testiculaire, miction facile. Le malade dit avoir la diarrhée de temps en temps ; il rend des crachats épais, abondants, jaunâtres, très-peu de pituite. En avant, à gauche, inspiration rude, on n'entend pas l'expiration ; matité à toute la partie antérieure et latérale, mais surtout au sommet. A l'auscultation, respiration soufflante, presque caverneuse ; dans le reste du poumon, râles muqueux ; dans le poumon gauche, en arrière, la respiration fait partout défaut. Le testicule droit présente une circonférence verticale de vingt-sept centimètres, une circonférence horizontale à la partie moyenne de vingt et un centimètres ; le canal déférent est volumineux ; gros comme l'auriculaire, mais uniforme sans nodosités. Le testicule et l'épididyme sont confondus, et forment une tumeur pyriforme, comme dans l'hydrocèle. En pressant à la partie antérieure, on sent une dépression entre la tête de l'épididyme et le corps du testicule ; partout ailleurs, le testicule n'offre aucune irrégularité, aucune bosselure ; il est lisse, la tête de l'épididyme seule est un peu mamelonnée. En avant, la peau du scrotum est adhérente au testicule, elle est rouge, et les trous des ponctions faites en ville sont restés fistuleux ; il en sort un peu de pus à la pression.

L'épididyme gauche est volumineux, irrégulier, avec une bosselure de la grosseur d'une noisette, près de sa queue ; le corps

du testicule est sain, on le délimite bien de l'épididyme. La prostate est volumineuse, bosselée, surtout à droite.

Le malade, comme antécédents vénériens, accuse une uréthrite il y a vingt ans, une seconde il y a dix ans, qui dura six semaines et amena une épididymite à droite. En raison des lésions thoraciques, M. Ricord ne voulait aucunement opérer le testicule droit; mais il finit par céder aux instances du malade, qui voulait à tout prix qu'on l'opérât, et qui n'était entré que dans cette intention.

L'opération fut pratiquée le 23 décembre et ne présenta rien de particulier, seulement en divisant le canal déférent, on vit s'en échapper une matière jaune, épaisse, probablement tuberculeuse.

Examen de la pièce. — Le cordon testiculaire est composé d'une gangue lardacée, entourant les vaisseaux et le canal déférent; celui-ci a son volume normal, et ne présente pas de traces de tubercules.

Une coupe verticale est faite au milieu de la face antérieure du testicule, elle partage le testicule et l'épididyme en deux parties à peu près égales; on voit en haut la tête du kyste uniloculaire, contenant une matière jaune, épaisse et ramollie; tout le testicule est transformé en une matière très-compacte, très-serrée, dense, jaune, ressemblant en tout au foie gras. La coupe est lisse, régulière, sans cavités ni vacuoles; çà et là on aperçoit une nuance d'un vert clair, disséminée irrégulièrement, comme les veines du marbre; nulle part on ne retrouve les vaisseaux séminifères. D'autres coupes en divers sens font toujours voir la même disposition; il y a envahissement complet de la glande par cette matière jaune. En grattant cette substance, bien plus consistante et un peu plus foncée que celle de l'épididyme, on ne parvient pas à enlever des fragments. Le tissu est partout résistant. La tunique vaginale et l'albuginée sont minces

et à l'état normal. (Un chat dévora le testicule, ce qui n'empêcha pas d'en faire l'examen microscopique.)

La cicatrisation marcha assez régulièrement, malgré l'état général si grave du malade, et le 1er janvier, lors de mon arrivée dans le service, elle était presque complète; mais la phthisie pulmonaire faisait des progrès rapides, et le malade succomba le 15 janvier 1853.

Appendice. — Bien que la description du sarcocèle tuberculeux des enfants ne rentre pas dans notre plan, il est bon cependant d'en dire quelques mots, à cause des analogies qu'il présente avec celui de l'âge mûr.

Voici quelques détails que nous devons à l'extrême obligeance de M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, details qui s'appliquent surtout aux enfants très-jeunes (de l'âge de quelques mois à quatre ou cinq ans) :

Marche peu rapide. Tuméfaction indolente. Fréquence de la tuberculisation simultanée ou consécutive, soit des diverses parties du système génito-urinaire, soit du poumon, etc. — Le plus ordinairement *absence de poussées inflammatoires aiguës.* — Abcès indolents, etc.

C'est surtout cette absence de poussées inflammatoires qui nous a frappé ; il est vrai que les deux principales causes qui les amènent font ici défaut. Ainsi,

chez les jeunes enfants, le testicule n'est jamais le siége de ces congestions si fréquentes chez les adultes par suite d'excès génésiques ou même vénériens, etc. Aucune fatigue due à des marches forcées. En résumé, la maladie paraît ici se développer surtout sous l'influence diathésique.

II.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Dans cet article nous n'appelons l'attention que sur le diagnostic du sarcocèle tuberculeux et de l'orchite chronique.

En lisant les descriptions que donnent les chirurgiens anglais de l'orchite chronique, nous avons été frappé de l'analogie qui existe entre les signes et la marche de cette affection et ceux du sarcocèle tuberculeux à marche lente dont nous avons parlé tout à l'heure. Si l'on parcourt les travaux de Curling, on verra qu'en Angleterre l'orchite chronique est fréquente, aussi les chirurgiens anglais l'admettent-ils sans contestation. En France, au contraire, on a l'habitude de considérer l'orchite chronique simple comme un fait rare. Les recueils français en contiennent en effet fort peu d'exemples. Nous citerons plus loin (*Obs. IV*) un fait emprunté à la clinique de M. Nélaton et publié dans le *Moniteur des Hôpitaux* (1855, p. 156). Dans la traduction de l'ouvrage de Curling (*Maladies du*

testicule), M. Gosselin signale un cas analogue au précédent observé par M. le professeur Denonvilliers à l'hôpital Saint-Louis. Le chirurgien patriqua la castration, la pièce anatomique fut présentée à la sociéte de chirurgie, et on put reconnaître un abcès volumineux enkysté dans l'intérieur de la tunique vaginale.

Mais comment expliquer la divergence d'opinions qui me paraît exister sur ce sujet entre les chirurgiens anglais et français ? M. Gosselin, dans son article additionnel sur l'orchite chronique, déclare qu'elle doit s'expliquer par l'une des deux causes que voici : « Ou « bien les premiers considèrent comme simplement « inflammatoires des engorgements qui, en réalité, sont « syphilitiques et qui guérissent parce qu'on les traite « par les mercuriaux ; ou bien les seconds ont le tort de « considérer comme syphilitiques des engorgements « chimiques, par la raison qu'ils les font disparaître « assez facilement avec le mercure et surtout avec « l'iodure de potassium. Il ne m'appartient pas de dé- « cider laquelle de ces deux opinions doit être admise. « Je ne dissimule pas que j'incline vers la première et « que je suis très-disposé à considérer l'orchite simple « comme extrêmement rare. »

Nous n'avons pas l'intention de discuter les différences qui existent entre l'orchite chronique et l'orchite syphilitique. Nous nous bornerons maintenant à faire ressortir les grandes analogies que l'on remarque entre l'orchite chronique et la forme lente du sarcocèle tuberculeux. Pour plus de clarté nous allons mettre en

regard les caractères principaux de ces deux affections, on verra combien les nuances sont peu sensibles, excepté pour quelques symptômes sans lesquels le diagnostic serait tout à fait impossible.

ORCHITE CHRONIQUE.	SARCOCÈLE TUBERCULEUX *à marche lente de l'âge mur.*
Parmi les antécédents, on trouve communément des manifestations de la diathèse strumeuse, des accidents syphilitiques, une ou plusieurs blennorrhagies.	Les mêmes antécédents peuvent se rencontrer.
Les débuts de cette affection sont généralement obscurs : tuméfaction augmentant lentement, sans douleur ; quelques points d'induration, siégeant tantôt dans le testicule, tantôt dans l'épididyme (ce dernier caractère n'a qu'une valeur relative).	Même obscurité du début. — Les indurations commencent ordinairement par le globus major ou tête de l'épididyme, très-rarement par le testicule lui-même.
La tuméfaction suit une marche très-lente. Peu ou point de douleur du testicule, soit spontanément, soit sous l'influence de pressions légères. Gêne très-faible occasionnée par la tumeur. Le gonflement seul préoccupe surtout le malade.	Même lenteur dans la marche, même indolence. — Peu de gêne également.
Peu ou point de réaction, aucune poussée inflammatoire intercurrente, à moins de contusion violente de la région douloureuse. — Cependant, comme la tumeur peut atteindre un volume parfois considérable, il peut en résulter une tension des bourses assez forte pour causer une grande gêne et même un peu de douleur. — La tuméfaction ne se fait souvent que sur un seul point.	Réaction également très-faible et même nulle dans beaucoup de cas. — Pas de poussées inflammatoires aiguës. La tumeur atteint généralement un volume peu considérable. Un caractère distinctif, d'assez grande valeur, résulte de la présence fréquente de deux ou trois petites tumeurs correspondant à autant de tubercules ; seulement leur degré de maturation est ordinairement différent.

Épanchement dans la tunique vaginale dans un certain nombre de cas.

L'examen des diverses parties du système génito-urinaire donne peu de renseignements. — La prostate est ordinairement saine; elle présente quelquefois un peu d'hypertrophie, mais on rencontre plus souvent un rétrécissement du canal de l'urèthre.

Il n'est pas très-rare de voir là deux testicules atteints simultanément.

Formation d'abcès à marche chronique, avec indolence de l'organe, sans poussée inflammatoire préalable. — Abcès ordinairement unique.

L'ouverture du trajet fistuleux devient parfois assez grande, par suite de la marche de l'ulcération.

D'après Curling, le fongus bénin du testicule ne serait pas rare à la suite de ces abcès. (Cette opinion nous paraît exagérée.)

Les chirurgiens anglais tirent des conséquences en faveur de leur opinion, de l'influence salutaire amenée par le traitement à l'aide des mercuriaux, et surtout de l'iodure de potassium.

L'hydrocèle est peut-être un peu plus fréquente.

L'examen des organes génito-urinaires est souvent très-significatif. — C'est surtout à l'exploration de la prostate par le toucher rectal qu'il faut attacher de l'importance. — Quand on constate sur cette glande les indurations dont nous avons si souvent parlé, il y a beaucoup de probabilité pour que la tumeur du testicule soit de nature tuberculeuse.

Rareté du sarcocèle simultané double.

Même genre d'abcès ; seulement il y en a souvent plusieurs s'ouvrant à des intervalles variés.

Trajets fistuleux ordinairement étroits.

Nous n'avons jamais observé cette complication, elle est signalée aussi par les chirurgiens français; seulement ils pensent qu'elle est extrêmement rare.

Ce traitement est loin d'être inutile dans le sarcocèle tuberculeux. — On peut même en retirer quelquefois de grands avantages.

D'après cet essai comparatif, il ne serait pas impossible, selon nous, que les chirurgiens anglais eussent pris de temps en temps pour des orchites chroniques ces formes de sarcocèle tuberculeux à marche lente que l'on observe dans l'âge mûr.

En terminant ces considérations sur le diagnostic,

nous empruntons le fait observé par M. Nélaton, à l'hôpital des cliniques (extrait du *Moniteur des hôpitaux*, 1855, p. 156).

Observation IV. — *Abcès chronique ou kyste appuré du testicule. — Ablation de l'organe. — Examen de la pièce anatomique. —Espèce non décrite de tumeur testiculaire.* (Communiquée par M. E. Cadet-Gassicourt).

Le malade qui fait le sujet de cette observation était âgé de trente-cinq à quarante ans, d'une constitution vigoureuse, ayant toujours habité la Bourgogne (département de la Côte-d'Or) où il exerce la profession de marchand de vin. Il est entré à l'hôpital des Cliniques le 20 mars 1854. Voici les renseignements qu'il nous a donnés sur les antécédents de sa maladie : deux ans et demi avant son entrée à l'hôpital, il remarqua qu'une tumeur se développait dans la bourse du côté droit. S'il faut l'en croire, cette tumeur arrondie, d'un petit volume, était située en avant du testicule, proéminent à la surface de l'organe qu'elle aurait fini progressivement par englober tout entier. Le développement de cette tumeur ne donna lieu à aucune douleur vive, elle ne fut point produite sous l'influence d'un coup ; le testicule n'avait jamais antérieurement été le siége d'aucune lésion, et le malade nie avoir jamais eu d'accidents vénériens. Au moment même où il est venu à Paris pour réclamer une opération, il n'accusait point de douleur, mais l'accroissement de la tumeur lui faisait craindre que sa maladie ne fût dangereuse. Six semaines environ avant l'époque où il se présenta à M. Nélaton, le malade consulta un chirurgien de son pays. La tumeur avait alors le volume d'un gros œuf. Une ponction fut pratiquée avec un trocart, mais probablement l'instrument ne pénétra pas profondément, et n'atteignit pas la cavité de la tumeur, car il ne s'écoula qu'un peu de sang noir; néanmoins

on fit une injection de teinture d'iode. Quelques jours après cette tentative infructueuse, une nouvelle ponction fut pratiquée avec le bistouri, et n'amena que la sortie d'un peu de sang. (Peut-être avait-on voulu ouvrir la voie à un phlegmon formé dans les parois de la tumeur, à la suite de la première ponction suivie d'injection iodée.) Aucun accident ne suivit cette opération; le malade se décida alors à venir à Paris se faire opérer.

M. Nélaton fit à ce sujet une leçon clinique dans laquelle il exprima les doutes qu'il avait eus sur la nature de cette tumeur. Il dit avoir d'abord pensé à une hématocèle; mais une exploration attentive l'avait fait changer d'avis : en effet, le toucher lui fit reconnaître l'existence d'une crépitation particulière, qui était due au frottement des deux feuillets opposés de la séreuse, recouverts de fausses membranes, et qui était incompatible avec l'idée d'un épanchement vaginal; en outre, cette tumeur était manifestement fluctuante. Dès lors, M. Nélaton pensa que la collection était bien dans la tunique albuginée. La castration fut faite, et l'on put reconnaître qu'il s'agissait d'un kyste renfermant du pus et contenu, en effet, dans la cavité même de la tunique albuginée, où il ne restait plus que quelques traces du tissu de l'organe vers la partie supérieure. M. Robin a donné une longue description des caractères microscopiques de ce kyste.

III

TRAITEMENT.

Dans le sarcocèle tuberculeux, il y a deux grandes indications :

La première consiste à neutraliser la cause interne qui manifeste son influence en se localisant sur le testicule; celle-ci comprend donc les *moyens généraux* employés contre les scrofules : huile de foie de morue, iodure de potassium, les toniques, etc., etc. Leur utilité est incontestable à toutes les périodes de cette maladie.

La deuxième indication a surtout pour but de combattre les accidents locaux, qui varient suivant les périodes de l'affection. Leur nombre est considérable; d'ailleurs, ils se trouvent bien indiqués dans la plupart des ouvrages classiques.

Dans cet article, nous nous proposons seulement de présenter quelques considérations sur la castration, opération dont on abuse depuis si longtemps.

Castration. — Ses nombreux inconvénients. — Depuis longtemps, des efforts généreux ont été faits pour remplacer ce moyen extrême.

C'est ainsi qu'en 1850, M. Malgaigne présenta à l'Académie un mémoire dans lequel il tâchait de faire ressortir la supériorité de l'*excision partielle* appliquée aux ulcères tuberculeux. — Cette méthode trouva peu de partisans. M. Velpeau fut l'un des orateurs qui la repoussa le plus vivement. Il donne, du reste, une excellente raison. Il y a, dit-il, le plus ordinairement, plusieurs tubercules dans le testicule ; leur évolution est successive. Ainsi, celui-ci est ramolli, suppuré, puis un autre commence cette série de transformations, etc. Eh bien ! si on enlève le premier, le deuxième ne s'en développera peut-être que plus vite.

Si l'excision partielle du testicule ne donne pas le bénéfice d'une guérison certaine, avec conservation des fonctions de l'organe, le mal atteignant ordinairement l'épididyme, faut-il donc admettre la castration, que la précédente opération avait pour but d'épargner au malade?

Nous nous étonnons de la fréquence de la castration, surtout en Angleterre. En France, la pratique est peut-être un peu plus prudente, et cependant cette opération est loin d'être dépourvue de dangers. Le sacrifice des parties ne doit être exigé que pour des lésions qui compromettent la vie ou qui entraînent tant de douleurs ou d'inconvénients que l'existence en reçoit un très-fâcheux retentissement. — Or, le sar-

cocèle tuberculeux, à moins de complication très-grave du côté du poumon, ne compromet pas la vie, et certes la castration n'est pas sans inconvénients : que les vaisseaux du cordon soient mal liés, ils donnent du sang, celui-ci s'infiltre dans le tissu cellulaire du cordon : de là, non-seulement une difficulté dans la recherche des artères divisées, mais encore une inflammation grave et la suppuration des parties infiltrées de sang. On a vu de ces abcès se prolonger jusque dans la fosse iliaque.

Il peut y avoir complication de hernie scrotale. C'est dans ces cas que l'on a vu des chirurgiens blesser le sac herniaire en disséquant le cordon testiculaire, malgré le soin qu'ils avaient pris de réduire la hernie avant l'opération. Ils avaient même songé à faire comprimer, afin d'empêcher la sortie des viscères.

Sir E. Home raconte, à propos de l'ablation d'un testicule, que l'opération étant terminée et la plaie pansée, le malade fut pris d'une quinte de toux et, au grand effroi du chirurgien, l'appareil fut chassé par plusieurs anses d'intestin grêle qui s'échappaient au dehors. On reconnut ainsi que le malade avait une hernie dont l'issue avait été empêchée par le testicule tuméfié, qui agissait à la façon d'un brayer.

Dans la castration, en agissant sur le cordon et sur les parties saines, on opère une destruction plus grande que celle qui est le fait de la maladie.

Nous passons sous silence un bon nombre d'incon-

vénients aussi importants que ceux que nous venons de signaler. Il serait trop long de discuter ici les inconvénients de la castration au point de vue de la perte des facultés viriles. Il faudrait pour cela examiner cette question aux divers âges de la vie. — D'ailleurs, nous n'avons pas l'intention d'énumérer toutes les contre-indications de cette opération, qui a été combattue par les plus illustres chirurgiens.

Delpech fut l'un des premiers, en France, qui proscrivit la castration pour le traitement de la tuberculisation testiculaire. La réforme, commencée à Montpellier, fut poursuivie à Paris, avec non moins d'autorité, par M. Velpeau, qui s'est formellement prononcé pour le rejet de cette opération.

M. Bouisson, de Montpellier (*Tribut à la chirurgie*, t. II), auquel nous avons emprunté un bon nombre des matériaux de cet article, rejette complétement la castration.

Examinons ses motifs en quelques lignes.

Tant que la tuberculisation testiculaire est la seule localisation morbide de la cause qui l'a engendrée, elle peut guérir par les divers moyens généraux et locaux. Si elle est liée à une affection tuberculeuse générale, l'opération a pour conséquence de favoriser le progrès du mal dans les organes affectés, surtout dans les poumons. Si l'on ampute un seul testicule, l'autre peut être envahi et sa destruction est plus prompte qu'elle ne l'eût été sans opération. — On pourra en juger par l'exemple suivant que nous em-

pruntons à l'excellent mémoire de M. Bouisson (*Tribut à la chirurgie*, t. II, 1861) :

Observation V. — *Affection scrofuleuse ; tuberculisation des testicules. — Ablation inopportune du testicule gauche. — Recrudescence morbide dans le droit. — Accidents généraux.*

Au numéro 34 de la salle Saint-Eloi est couché le nommé Gros (Jean), enfant naturel, âgé de vingt-huit ans, né aux environs de Grenoble. L'enfance de ce malade avait été misérable, aussi avait-il présenté, dès son jeune âge, les manifestations habituelles des scrofules, telles que croûtes impétigineuses, adénites cervicales, etc. Il avait cependant franchi la période d'adolescence sans accidents, lorsqu'à l'âge de vingt-cinq ans, après des excès de travail, auxquels s'étaient joints des excès vénériens, il ressentit les premiers symptômes de sa maladie actuelle. A cette époque il se trouvait à Marseille où il exerçait la profession de terrassier. Le testicule droit se tuméfia, devint douloureux, s'abcéda plus tard, et cet état contraignit le malade à entrer à l'hôpital de cette ville, où l'abcès fut ouvert et où l'on combattit l'affection générale par l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue. Une amélioration notable se manifestant, Gros se crut guéri et sortit de l'hôpital. Mais quelques mois s'étaient à peine écoulés que le testicule gauche devint malade à son tour et se tuberculisa avec rapidité. Contraint de rentrer à l'hôpital, il y subit un traitement local, qui ne put rien contre la fonte des tubercules, et l'on crut devoir recourir à l'amputation du testicule affecté.

Mais à peine le travail de cicatrisation de cette castration était terminé que le testicule droit redevint malade et fut le siége de nouveaux abcès tuberculeux. La diathèse scrofuleuse ne borna pas même ses ravages à cet organe. Au mois de juillet 1851, le petit doigt de la main droite devint le siége d'une carie rebelle;

plus tard, même affection à l'un des orteils; enfin un commencement de tumeur blanche s'est déclaré à l'articulation tibio-tarsienne du même côté. C'est dans cet état qu'il est venu à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier le 1er octobre 1852; il y a séjourné pendant huit mois; un traitement tonique et antiscrofuleux a notablement amélioré son état et lui a permis de sortir pour prendre les bains de mer. Nous avons observé pendant ce long séjour l'état du testicule respecté; il marchait vers une atrophie graduelle et ne conservait plus que l'apparence d'une masse indurée correspondant à l'épididyme. Les fonctions génératrices étaient abolies; le malade n'avait ni érections ni émission séminale.

Alors même que des faits de cette nature ne seraient pas nombreux, il suffirait d'en avoir enregistré quelques-uns pour détourner les praticiens d'une opération dont l'importance n'est pas en rapport avec la nature du mal. Telle est la sentence que prononce M. le professeur Bouisson contre la castration. Elle est sans appel, car il la repousse même pour les cas où le testicule est détruit et dénaturé par les tubercules et où le scrotum est criblé d'ulcères. Dans de telles conditions, Delpech et M. Velpeau ne rejettent pas la castration.

Pour nous, nous sommes d'avis de restreindre le plus possible la pratique de cette opération, nous avons une confiance beaucoup plus grande dans la *cautérisation* adoptée par M. le professeur Bouisson. D'ailleurs les résultats obtenus sont de nature à convertir les plus incrédules.

Cette cautérisation s'opère avec la potasse caustique

qu'on applique sur les trajets fistuleux. C'est le caustique que M. Bouisson préfère, il agit en effet profondément et sûrement. Sur douze cas traités par cette méthode à l'hôpital Saint-Eloi, huit guérisons, amélioration notable dans les quatre autres cas. On pourra lire avec fruit l'observation très-intéressante qui vient encore corroborer les beaux résultats de ce traitement dont tous les détails sont minutieusement indiqués.

CONCLUSIONS.

De ce travail, bien imparfait, il est vrai, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme de sarcocèle tuberculeux indolent, à marche lente, sans ces poussées inflammatoires aiguës si caractéristiques dans les cas ordinaires sans réaction générale. Elle paraît se développer surtout à partir de l'âge mûr.

2° Elle offre les plus grandes analogies avec l'orchite chronique, l'erreur est facile et on conçoit qu'elle ait pu être commise quelquefois en Angleterre où on rencontre si souvent l'engorgement chronique du testicule dont les chirurgiens français citent seulement deux ou trois cas.

3° La castration, dans les cas de sarcocèle tuberculeux, même avec fistules, nous semble devoir être pratiquée très-rarement. Elle a de trop graves inconvénients et son utilité est souvent très-contestable.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

NTRODUCTION 1

Définition. — Historique. — Considérations générales. — Formes. 3

Considérations générales. — Formes 7

I. Symptômes. — Marche 14

II. Diagnostic différentiel 33

III. Traitement 39

PARIS. — IMPRIMERIE DE VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5